

Anmeldung und Checkliste

XOFIGO® - THERAPIE (RADIUM - 223 DICHLORID)

Klinik für Radiologie und Neuroradiologie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. S. Rohde
 Dr. med. Monia E. Hamami-Arlinghaus
 Fachärztin für Nuklearmedizin, Fachärztin für Arbeitsmedizin
 Leiterin der Abteilung für Nuklearmedizin
 Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund
 Telefon 0231-953-21365, Fax 0231-953-20016

Patientenname: _____

Krankenkasse: _____ gesetzlich privat

Geb.-Datum: _____ Tel. (tagsüber; Terminabsprache): _____

behandelnder Urologe: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Hausarzt od. betreuender Onkologe: _____

Indikation: ossär metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom mit:

- Knochenschmerzen
- pathologischen Frakturen
- Symptomen der tumorbedingten Hyperkalzämie
- ohne viszerale Metastasen (LK - Metastasen < 3 cm sind erlaubt)

Ablauf - Information:

1. Vorbereitung (vor der 1. Applikation)
2. Indikationsstellung (Nuklearmedizin und Urologie), Aufklärung und Kostenübernahmeantrag durch verantwortlichen Nuklearmediziner
3. Therapie 6 Injektionen, alle 4 Wochen = 1/2 Jahr
4. Nachsorge

Zu 1. Vorbereitung (vor der 1. Applikation):



Bisherige Therapien bzw. geplante Chemotherapien etc.: _____

Großes Blutbild vom _____

Neutrophile > 1,5 X 10⁹/l _____

Thrombozyten > 100 X 10⁹/l _____

Hb > 10 g/dl _____

Sono-Abdomen oder CT-Abdomen (nicht älter als 6 Monate) am: _____

ggf. im Kl. Dortmund terminiert: _____

Skelettszintigraphie, nicht älter als 3 Monate, durchgeführt am: _____

ggf. im Klinikum Dortmund terminiert: _____

Behandlung mit Bisphosphonaten? ja nein Rückenmarkskompression? ja nein
 Pathologische Frakturen? ja nein Vit.D-Einnahme, Calcium-Einnahme? ja nein

ALP _____

Calcium _____

PSA _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Urologie): _____

Zu 2. Indikationsstellung, Aufklärung und Kostenübernahmeantrag:

- Vorstellung zum ärztlichen Vorgespräch; Termin am: _____
- aktuelles Gewicht (kg): _____
- rechtfertigende Indikation liegt vor _____
- Aufklärung erfolgt, Unterschriften vorhanden! _____
- vor Therapiebeginn Kostenübernahmeantrag gestellt (Datum) _____
(Abrechnung kann grundsätzlich nur über GOÄ erfolgen (keine EBM - Ziffer), einmalige Injektionssachkosten beantragen ca. 6.000 Euro)

Großes Blutbild vor 1. Injektion (nicht älter als 2 Wochen) vom _____

Neutrophile > $1,5 \times 10^9/l$ _____

Thrombozyten > $100 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Kontrollen des großen Blutbildes (CAVE andere Grenzwerte) (jeweils 3 Wochen nach letzter Injektion):

Vor 2. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____

Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Vor 3. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____

Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Vor 4. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____

Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

■ **Vor 5. Applikation, Labor vom:** _____

Neutrophile > 1,0 X 10⁹/l _____

Thrombozyten > 50 X 10⁹/l _____

Hb > 10 g/dl _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

■ **Vor 6. Applikation, Labor vom:** _____

Neutrophile > 1,0 X 10⁹/l _____

Thrombozyten > 50 X 10⁹/l _____

Hb > 10 g/dl _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

■ **Information zum weiteren Ablauf**

Zu 3. Therapie: 6 ambulante intravenöse Injektionen durch Nuklearmediziner über 1/2 Jahr

NW: zytotoxisch,

häufig (> 1 von 10): Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Thrombozytopenie,

selten (< 1%): Knochenmarkssuppression

Cave! Bis zu 1 Woche erhöhte Radioaktivität im Urin und Stuhl (besondere Patientenhinweise beachten!)

Zu 4. Nachsorge:

Skelettszintigraphie ca. 6 Wochen nach der Xofigo® Therapie als Verlaufskontrolle: _____

Termin am: _____

Ansprechpartner für Rückfragen/Direktwahl: _____

